

# Zachowania suicydalne w zaburzeniach psychicznych

(Suicidal behaviour in mental disorders)

G Szymańczak<sup>1</sup>, D Kozłowska<sup>1</sup>, Y Lishchynskyy<sup>2</sup>, Z Kopański<sup>1,3</sup>, I Brukwicka<sup>4</sup>,  
M Wojciechowska<sup>1</sup>

**Streszczenie** – Autorzy dokonali przeglądu piśmiennictwa poddając analizie uwarunkowania samobójstw w depresji, ryzyko zachowań suicydalnych w przebiegu schizofrenii oraz zaburzenia osobowości, jako bodźca do samobójstwa.

**Słowa kluczowe**- samobójstwa, zaburzenia psychiczne.

**Abstract** – The authors have overviewed professional literature, analysing the determinants of suicides during depression, the risk of suicidal behaviour in schizophrenia as well as personality disorders as stimuli for suicide.

**Key words** - suicides, mental disorders.

## I. WSTĘP

Wśród czynników, które stanowią zwiększone zagrożenie samobójstwem wymienia się zaburzenia psychiczne i somatyczne towarzyszące nadużywaniu lub uzależnieniu od substancji psychoaktywnych. Szczególnie duże ryzyko samobójstw istnieje u osób uzależnionych w okresie występowania zaburzeń związanych z pojawieniem się zespołu abstynencyjnego, zwłaszcza powikłanego zaburzeniami psychiatrycznymi w zespołach depresyjnych towarzyszących uzależnieniom od różnych środków psychoaktywnych. Wyniki badań psychiatrycznych i psychologicznych osób uzależnionych oraz osób podejmujących próbę samobójczą dają liczne dowody na to,

że dla obu tych grup charakterystyczne są określone cechy i typy nieprawidłowo ukształtowanej osobowości – najczęściej osobowość niedojrzała, typu borderline, depresyjna i lękowa. [1,2,3]

Wiele teorii psychologicznych i socjologicznych podkreśla, że właśnie niektóre cechy osobowości związane są ze sferą poznawczą, emocjonalną i motywacyjną, wpływające na formę oraz jakość relacji z samym sobą i z otoczeniem. Mogą one ułatwiać czy nawet predysponować do określonych zachowań, w tym do nadużywania środków psychoaktywnych. Negatywna samoocena, pesymistyczna antycypacja własnej przyszłości, poczucie bezradności, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, nadmierna drażliwość i chwiejność emocjonalna, frustracja wynikająca z niezaspokojonej potrzeby bezpieczeństwa, poczucie winy – to tylko niektóre z cech i stany bardzo często stwierdzane w grupach ryzyka. Mogą one ułatwiać i sprzyjać przyjmowaniu postaw, nastawień i reakcji predysponujących do nieprawidłowych zachowań, często łączących w sobie skłonności suicydalne z nadużywaniem środków uzależniających. [4,5]

## II. UWARUNKOWANIA SAMOBÓJSTW W DEPRESJI

Depresja jest to przelotny nastrój smutku, jak i dłużej trwającą reakcją na sytuację przykłą, stresującą lub niebezpieczną.

Depresja objawia się wieloma dolegliwościami psychicznymi i fizycznymi jednocześnie. Dolegliwości te są bardzo trudne do rozpoznania, szczególnie w początkowym zachorowaniu. Na ogół chorzy sami błędnie interpretują objawy, często od razu przypisują przyczynę na przykład przepracowaniu albo szukają w sobie chorób somatycznych.

Najbardziej charakterystycznymi i najczęściej pojawiającymi się objawami depresji są:

- obniżony nastrój – jest to brak możliwości cieszenia się, martwienia się wszystkim, brak pozytywnych uczuć, uczucie pustki i poczucie wewnętrznego wypalenia. Osoby chore są obojętne na sprawy bliskich, na

### Afiliacja:

1. Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu (korespondencja; e-mail: zkopanski@o2.pl).
2. Lwowski Uniwersytet Narodowy im. Danyła Hałyckiego.
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
4. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu.

sprawy ważne. Taki stan doprowadza do poczucia beznadziejności, winy, mogą pojawić się myśli samobójcze. Dłuższe utrzymywanie się obniżonego nastroju doprowadza do myśli depresyjnych o różnej treści, które najczęściej mogą dotyczyć własnej osoby: przekonania o nieuleczalnej chorobie, o popełnionych zaniedbaniach, niskiej samoocenie. Przekonania te często powodują wykonywanie różnych badań u specjalistów. Dopiero lekarz specjalista po wykluczeniu innego podłoża dolegliwości kieruje pacjenta do psychiatry. W depresyjnych zaburzeniach myślenia towarzyszą też myśli rezygnacyjne, a także samobójcze. Nawet myśl o odebraniu sobie życia i o zakończeniu cierpienia przynosi ulgę [6,7,8]. Osoby chore charakteryzują się:

- obniżoną aktywnością fizyczną i psychiczną- obniżona aktywność i spowolnienie dotyczy przede wszystkim myślenia i tempa wypowiedzi, obniżenia koncentracji uwagi, problemów z szybkością podejmowania decyzji oraz z niemożnością ich wykonywania, spowolnienia ruchowego prowadzącego do bezruchu, utraty energii, sił i uczucia zmęczenia, co powoduje trudności w wykonywaniu nawet prostych czynności. Czasami brak energii może być tak duży, że uniemożliwia zaspakajanie podstawowych potrzeb takich jak: wyjście do toalety, zjedzenie posiłku.
- lękiem- towarzyszy niemal każdej depresji, który przejawia się w:
  - 1.sferze emocjonalnej- uczuciem zagrożenia, niemożnością odprężenia się, trudnościami w podejmowaniu decyzji,
  - 2.sferze poznawczej- pogorszona koncentracja uwagi, spowolnienie myślenia,
  - 3.w zachowaniu- pojawia się niepokój ruchowy, który objawia się nadmierną ilością wypalonych papierosów,
  - 4.wyginaniem palców, obgryzaniem paznokci,objawach somatycznych- występuje kołatanie serca, ucisk w nadbrzuszu, napięcie mięśniowe, parcie na pęcherz moczowy.

Lęk w depresji jest bardzo niebezpiecznym objawem, który może nasilać myśli i tendencje samobójcze [4,7].

Depresja wpływa negatywnie na wszystkie sfery życia i działania człowieka. Bardzo dotkliwą sferą zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn są funkcje seksualne. Może nawet wystąpić impotencja i oziębłość seksualna, co szczególnie nasila depresyjną samoocenę u mężczyzn. Zaburzenia te mogą doprowadzić do zmiany relacji między partnerami. Bardzo dokuczliwą dolegliwością jest zburzenie sprawności intelektualnej, głównie dotyczy to pamięci i koncentracji. Osoby z tym problemem sprawdzają często czy wyłączyli gaz, zamknęli

mieszkanie, nie mogą zapamiętać przeczytanej strony książki. Przy depresji warto poruszyć problem picia alkoholu. Alkohol jest łatwo dostępny i jest używany do poprawy samopoczucia, początkowo daje poprawę nastroju, a w konsekwencji może doprowadzić do uzależnienia i wtedy problem jest podwójny. Do niedawna problem alkoholu i depresji dotyczył pięciokrotnie częściej mężczyzn, a teraz coraz częściej dotyczy także kobiet. Poza uzależnieniem od alkoholu w depresji może wystąpić uzależnienie od leków uspakajających. Osoby w depresji próbując poradzić sobie z bezsennością i niepokojem ruchowym nadużywają leków uspakajających, często sami zwiększają sobie dawki leków celem uzyskania uspokojenia i doprowadzają się do uzależnienia od nich [4].

### III. RYZYKO ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH W PRZEBIEGU SCHIZOFRENII

Schizofrenia jest chorobą ludzi młodych. Najczęściej występuje między 15, a 30 rokiem życia. Blisko 1% ogólnej populacji w społeczeństwie cywilizowanym zapada na schizofrenię. Około połowa pacjentów szpitali psychiatrycznych stanowią chorzy na schizofrenię. Jest bardzo poważnym problemem społecznym, tym bardziej bolesnym, że dotyczy młodych ludzi, wchodzących dopiero w życie. [4, 9,10]

Schizofrenia może mieć początek nagły, co objawia się zmianą dotychczasowego zachowania, mogą to być ataki szału, podniecenia, dziwaczności, rozkojarzenia, uczucie lęku, osłupienie, nieusystematyzowane urojenia, omamy, ucieczka, próby samobójcze czy samookaleczenia. Następuje pęknięcie struktury osobowościowej człowieka.

Początek schizofrenii może też być powolny. Chory pozornie się nie zmienił, pracuje, zachowuje formy towarzyskie, ale coś nieuchwytnego dzieli go od najbliższych. Zmianę tę się raczej wyczuwa niż zauważa. Sprawia wrażenie jakby był z innego świata. Czasami zdradza się ze swoich urojeniowych podejrzeń lub dziwnych myśli, chaosu czy pustki w głowie. Zmian tych przybywa i są różne, ale dyskretne. Trzeba być w bliskim kontakcie z osobą chorą, żeby to wychwycić. Mogą to być też dziwny wyraz twarzy, uśmiech lub grymas nieadekwatny do sytuacji, jaką postrzegają inni z otoczenia, brak inicjatywy, unikanie towarzystwa, szukanie samotności, zaniebdywanie codziennych obowiązków, nawet tych najprostszych dotyczących higieny osobistej, pojawia się nadmierna pobożność, porzucenie dawnych zainteresowań. [3,4,9,10]

Często nikomu nie przeszkadza takie zachowanie, dopiero nawrót choroby w zaostrzonej formie, który wcześniej czy później nastąpi przypomina ludziom z otoczenia, że już kiedyś zachowywał się dziwnie. [9,11]

Dlatego postawienie diagnozy– schizofrenia, jest trudne i trwa

długo. Często bywa dyskusyjne wśród specjalistów zajmujących się chorym. Czasami trzeba kilka nawrotów, żeby nie nastąpiła pomyłka w zdiagnozowaniu.

Powszechnie rozróżnia się cztery postacie schizofrenii: prostą, hebefreniczną, katatoniczną i paranoidalną. Postacie te często się mieszają i przechodzą jedna w drugą, nawet trudno określić, która dominuje [4,9].

Schizofrenia prosta charakteryzuje się stopniowym, narastającym zubożeniem, obniżeniem nastroju, chory staje się obojętny na losy najbliższych, jak również na swój własny, wydarzenia smutne mogą być mu obojętne.

Dość często własne ciało staje się centralnym tematem zainteresowań chorego. Koncentruje się na zewnętrznym wyglądzie ciała lub na jego wewnętrznej strukturze. Godzinami może przyglądać się w lustrze i martwi się szczegółami swojego wyglądu. Jest przekonany, że ma oczy wypukłe, za długi nos i wiele, wiele innych wad, których nie akceptuje i które są też powodem nie wychodzenia na ulicę, z powodu wstydu przed ludźmi, którzy mogą się z niego śmiać [4,8,9].

Niekiedy genitalia stają się ośrodkiem hipochondrycznego nastawienia, chory stwierdza u siebie cechy płci przeciwnej lub uważa, że ma dziwny kształt, mężczyzna dopatruje się za dużych jąder, tuszując je przez noszenie obcisłej bielizny.

Schizofrenia prosta może przybrać postać filozoficzną. Chory rozważa nad bezsensu życia, marzy o tym, aby zasnąć i się nie obudzić.

Schizofrenia hebefreniczna jest pozornie przeciwieństwem schizofrenii prostej.

Nadmiar inicjatywy i ruchliwości, które są specyficznego rodzaju, przypominają wygłupianie się z dziecięcych lat: stąd też pochodzi nazwa od greckiego słowa „hebe” - oznacza młodość, krzepkość, siłę, wesołość.

Zmiana zachowania jest natychmiast zauważalna i bardzo uciążliwa szczególnie dla najbliższych. W schizofrenii hebefrenicznej też dochodzi do rozbicia struktury osobowościowej człowieka doświadczającego tej choroby.

Nadmierna aktywność i wesołkowatość hebefreniczna są abstrakcyjne i oderwane od rzeczywistości człowieka.

Schizofrenia katatoniczna – główną cechą tej postaci jest dynamika ruchu. Dwie skrajne formy ekspresji ruchowej: zastygnięcie w bezruchu to jest postać hipokinetyczna (stupor katatonikus) oraz gwałtowne wyładowanie ruchowe w postaci chaotycznych bezcelowych ruchów zwana postacią hiperkinetyczną (furor katatonikus).

Obie formy występują w zagrożeniach życia i subiektywnym odpowiednikiem jest silne uczucie lęku, które może się mieszać z innymi uczuciami, jak ekstazy religijnej czy seksualnej, nienawiści. Lęk związany jest z gwałtownym rozbiciem struktury świata chorego [9].

Zarówno osłupienie, jak i podniecenie katatoniczne wywierają silne wrażenie na otoczeniu. Trudno opanować uczucie lęku

w kontakcie z chorym, który przeraźliwie krzyczy, rzuca się na otoczenie z dzikim, wystraszoną wyrazem twarzy, przy tym ma niebywałą siłę. Trzeba czasami kilku osób, żeby go obezwładnić.

W literaturze psychiatryczno-psychologicznej urojenia są uznawane za zaburzenia myślenia, oznaczają sądy wyrażające błędną treść, lecz oparte na głębokim przekonaniu chorego, że jest ona prawdziwa i nie uda jej się zmienić za pomocą przedstawianych dowodów, że jest fałszywa.

Im wyższy poziom inteligencji chorego tym bardziej rozbudowany jest system urojeń. Urojenia bywają mocno ugruntowane, a pacjent nie ma wglądu w ich chorobliwą naturę. W następstwie dochodzi do pogorszenia funkcjonowania chorego, a starania o przekonanie go, co do tego, że z powodu choroby wymaga pomocy medycznej, napotykają ogromne trudności. Nie mniej jednak trzeba dołożyć wszelkich starań, żeby chorego namówić do zgłoszenia się do poradni zdrowia psychicznego, a w przypadku zamiarów samobójczych czy morderczych należy natychmiast hospitalizować chorego. Tylko szczegółowe badanie psychiatryczne i rozpoznanie pomoże w ustaleniu leczenia i postępowania z chorym [2].

Ryzyko zachowań samobójczych w przebiegu schizofrenii jest wysokie. Szacuje się, że 10-15% chorych popełnia samobójstwo, a 20-40% ma za sobą próbę samobójczą.

Samobójstwa stanowią główną przyczynę śmierci w przebiegu schizofrenii. Wiele badań wykazało, że zaostrzenie objawów psychotycznych, takich jak urojenia prześladowcze i zaburzenia myślenia są wysokim ryzykiem samobójczym.

Schizofrenia paranoidalna jest jednym z większych czynników ryzyka, ze względu na dużą gamę urojeń.

Często schizofrenii towarzyszy też depresja, co jest rzadko rozpoznawalne, a też może być główną przyczyną zachowań samobójczych. Głównym motorem w schizofrenii do zachowań suicydogennych jest nieustający lęk. Zamiary samobójcze u osób chorych na schizofrenię są bardzo silne i osoby te po nieudanych próbach podejmują wielokrotnie na nowo próbę samobójczą, czasami aż do skutku [8].

#### IV. ZABURZENIA OSOBOWOŚCI BODŹCEM DO SAMOBÓJSTWA

Na osobowość człowieka składają się wszystkie jego cechy psychiczne określające sposób reagowania na ludzi i otoczenie. Cechy te głównie ukształtowane są w wyniku oddziaływań środowiska w toku jego rozwoju.

Każdy człowiek posiada indywidualny sposób funkcjonowania w swoim środowisku, związany z jego zespołem cech psychicznych i sposobem reagowania, a więc to, co określa się

terminem: osobowość. Jest ona rozumiana, jako centralny system, integrujący i regulujący zarówno procesy przystosowania się do świata zewnętrznego, jak procesy wewnątrz człowieka: jego przeżywanie, funkcje somatyczne i inne, zachodzące niezależnie od środowiska.

Definicja osobowości: to zespół trwałych wzorców myślenia, odczuwania i zachowania, charakteryzujący indywidualny styl życia i sposób adaptacji jednostki do otoczenia.

Zaburzenia osobowości i zachowania są to rodzaje funkcjonowania będące indywidualnym stylem życia człowieka, sposobem odnoszenia się do samego siebie i do innych ludzi. Zachowania wtedy mają charakter sztywny, nie są dostosowane do sytuacji i reakcji na rozmaite okoliczności, zarówno zachodzące w życiu psychicznym człowieka, jak i w interakcjach społecznych. [1,6,12,13]

Zaburzenia osobowości uważa się za jedną z przyczyn powstania innych chorób: nerwic, psychoz, uzależnień. Do zaburzeń osobowości może dojść także na skutek uszkodzenia somatycznego, uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, w Polsce nazywanym charakteropatią. Uszkodzenie lub dysfunkcja mózgu, obejmująca organiczne zaburzenia osobowości, zespół po zapaleniu opon mózgowych zespół po wstrząśnieniu mózgu klasyfikowane są w odrębnej grupie zaburzeń osobowości. Na skutek niedostatecznej wiedzy zmienia się dość często nomenklatura zaburzeń osobowości.

Dynamiczne zmiany w rozwoju czynników osobowościowych warunkujących labilność emocjonalną, mogą się przyczyniać do powstania stanów napięć i frustracji sprzyjających skłonnościom samobójczym [1].

- [9] Kępiński. Schizofrenia. Wrocław; Wydawnictwo Sagittarius, 2007.
- [10] Polskie Towarzystwo Suicydologiczne .Suicydologia. Warszawa: Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, 2005.
- [11] Ratajczak Z. Szanse rozwoju i zagrożenia. Katowice: Uniwersytet Śląski, 1995.
- [12] Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia, Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Fundacja IPIŃ, 2002.
- [13] Namysłowska J. Nerwice szkolne. Probl Op Wych. 1998 5:7-10.

## V. PIŚMIENNICTWO

- [1] Aleksandrowicz J. Zaburzenia Nerwicowe Zaburzenia Osobowości Zachowania Dorosłych (według ICD-10 ). Kraków; Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1997.
- [2] Putkiewicz Z, Dobrowolska B, Kukołowicz T. Podstawy psychologii, pedagogiki i socjologii. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1987.
- [3] Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. Suicydologia. Warszawa; Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, 2006.
- [4] Koszewska I. Habrat- Prąglowska E. O depresji o manii o nawracających zaburzeniach nastroju. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003.
- [5] Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. Suicydologia III. Warszawa; Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, 2007.
- [6] Bańka A. Psychopatologia pracy. Poznań; Wydawnictwo Gemini S.C., 1992.
- [7] Chlewiński Żdz, Grzywa A. Urojeniowa wizja świata. Warszawa; Wydawnictwo Wiedza Powszechna, 1992.
- [8] Czabała J. Zdrowie psychiczne zagrożenia i promocja. Warszawa; Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000.